

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

235

Présentée et soutenue le samedi 1^{er} juin 1889, à 1 heure

Par PIERRE POURCELOT

Né à Rosey (Haute-Saône), le 12 Janvier 1862.

DE

L'ENTÉROPTOSE

Président : M. PROUST, professeur.

Juges { MM. LABOULBÈNE, professeur.
QUINQUAUD et BALLET, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, Rue Casimir-Delavigne, 2.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE.
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique.....	MATHIAS DUVAL.
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BAILL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHET.
Clinique chirurgicale.....	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	N...
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	ROBIN (Albert)
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	RECLUS.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REMY.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PROUST

Inspecteur général des Services sanitaires,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

Que M. le Professeur Proust veuille bien agréer le témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son service et permis d'examiner ses malades.

DE

L'ENTÉROPTOSE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE

Le groupe des dyspepsies a toujours été un des plus obscurs parmi les maladies. Le rôle de l'estomac et de l'intestin, chargés non seulement de recevoir, mais encore d'élaborer et de résorber les aliments nécessaires à l'entretien de la nutrition de l'organisme, a depuis longtemps été placé par les médecins au nombre des plus importants. Leur intégrité anatomique et partant physiologique étant au plus haut point indispensable pour le fonctionnement de tous les autres organes, on a recherché les conséquences diverses qui pouvaient résulter d'une modification, d'une perversion dans l'action physiologique de ce système. Hippocrate déclarait déjà que l'estomac est, par rapport aux animaux, ce que la terre est aux plantes, c'est-à-dire le récipient et le laboratoire des matières alimentaires.

Dès la fin du 18^e siècle, Cullen faisait remarquer à juste titre que les différents éléments de la dyspepsie, ne sont pas l'expression d'un trouble univoque. La dyspepsie était pour lui une affection secondaire, symptomatique ou sympathique. C'était la condamnation de toute théorie exclusive et de la médecine systématique en général.

Broussais fit vers 1816 une véritable révolution médicale, dont le retentissement a été si profond et si prolongé, que, par certains côtés, les idées de Broussais restent encore aujourd'hui au fond de plus d'une hypothèse pathogénétique. L'histoire des *phlegmasies chroniques*, a constitué à l'époque où elle fut écrite une réaction méritée et violente contre l'oubli où l'on avait relégué la gastrite, dans la pathologie de l'estomac, et la pathologie générale.

La gastrite et la gastro-entérite devenaient dès lors l'origine et l'aboutissant de la plupart des pyrexies et des affections chroniques.

Leur connaissance, ainsi l'avait décrété le Maître, devenait la clef de la pathologie, opinion que Broussais empruntait pour une bonne part aux doctrines du dix-septième siècle, qui attachaient (van Helmont) une prépondérance marquée aux troubles de l'appareil digestif, de l'archée de l'estomac.

La doctrine de Broussais, vivement et brillamment soutenue, ne fut pas sans trouver des opposants, d'abord timides (Barras), puis plus affirmatifs, à mesure que l'étude, l'observation des faits, l'analyse minutieuse des symptômes, leur classement, la recherche des causes sans aucune préoccupation d'hypothèse primant le fait

reprenait le dessus dirigée par une phalange d'hommes éminents, parmi lesquels la médecine française compte les plus illustres représentants. Un second courant commençait à se faire jour en médecine, qui s'inspirait des données physiologiques modernes et des résultats de la chimie biologique, et on allait trouver là une explication scientifique de la dyspepsie.

Malheureusement on alla trop vite, on alla trop loin. Les recherches contemporaines entreprises simultanément en France, en Allemagne et en Angleterre, serviraient au besoin malgré tout leur intérêt et leur importance à montrer, combien prématurée était cette classification naturelle, physiologique.

Chomel, en apportant dans l'étude des dyspepsies son profond tact de clinicien, se borna à une classification purement symptomatique. Nonat, tout en se rapprochant beaucoup des idées de Chomel, donna cependant aux considérations physiologiques, plus de place que ce dernier et s'occupa davantage de l'irritabilité gastrique.

A côté de Broussais, pour qui le tractus gastro-intestinal était le pivot de la pathologie, il nous faut citer le nom de Beau, qui allait rajeunir les théories, si vivement attaquées de Broussais.

Beau fut comme Chomel, comme Nonat, avant tout un clinicien préoccupé de l'étude des symptômes. Mais il ajoute aux théories de ses prédécesseurs deux idées non pas absolument nouvelles, mais qu'il fait siennes. La dyspepsie pour lui ce n'est pas une lésion anatomique, mais bien une lésion fonctionnelle. En outre il va plus loin que l'estomac et étudie avec soin les conséquences pro-

chaines et éloignées du trouble digestif sur le reste de l'organisme. Les causes sont aussi nombreuses que les effets. Les ingesta, l'état de l'estomac primitivement ou secondairement troublé provoquent une variété et un nombre considérable de signes morbides locaux ou à distance. Comme pour Broussais la dyspepsie n'est plus un simple état organopathique local, mais devient la véritable clef de voûte de l'édifice pathologique.

Nous énumérerons rapidement la série, presque illimitée, des symptômes secondaires de la dyspepsie de Beau. Et en faisant ainsi, notre but n'est pas d'allonger plus que de raison cet exposé historique préliminaire. Notre dessein est autre. Et, lorsque nous aurons étudié dans ses grandes lignes, la nouvelle entité morbide, à laquelle M. Glénard, a voulu non seulement donner droit de cité dans la pathologie, mais dont il s'est efforcé en outre, d'étendre considérablement le rôle pathogénique, nous verrons qu'il n'y a là au fond, groupés autour d'un nouveau substratum anatomique, que les troubles multiples et variés attribués depuis longtemps par V. Helmont, Broussais et Beau aux méfaits de l'archée gastrique, à la gastrite et à la gastro-entérite, et enfin à la dyspepsie. *Morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas.* Avec Trousseau et Pidoux entrent en scène, pour occuper une place prédominante, non plus comme effet, mais comme cause, comme processus fondamental, les différentes diathèses et la dyspepsie devient la manifestation locale d'un état général, c'est-à-dire, un syndrome commun à un grand nombre de maladies.

Pour Lasèque, la dyspepsie devient une névrose gas-

trique. Souffrir et se plaindre, voilà la condition essentielle et *sine quâ non* pour être dyspeptique.

Les auteurs allemands ont, jusque dans ces derniers temps, accepté la théorie de Beau, à tel point, qu'on chercherait en vain, dans la plupart des traités d'ou-tre-Rhin, la description de la dyspepsie, qu'ils étudient sous le nom de « gastritis ou de Magenkatarrh ».

Il nous reste à parler des travaux contemporains auxquels MM. les professeurs Sée et Bouchard ont attaché leur nom.

Brinton, dans son traité des maladies de l'estomac, considère la dyspepsie dans son sens étymologique strict (digestion difficile, mais encore possible), et il divise les dyspepsies suivant l'espèce d'aliment qui n'est pas digéré.

M. le professeur G. Sée a donné une théorie physiologique et chimique de la dyspepsie, plus complète et plus exacte que la plupart de celles qu'elle devait bientôt remplacer. En dehors de son traité des dyspepsies, de la thèse d'agrégation de M. Raymond, où les idées de M. G. Sée sont brillamment exposées, M. G. Sée a eu depuis l'occasion de revenir sur ses travaux relatifs à cette question (Régime alimentaire, Communications diverses à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences).

La dyspepsie, pour M. Sée, est essentiellement chimique, les organes digestifs ne valant que par leurs sécrétions, que par les ferments digestifs destinés à transformer et à élaborer les diverses classes d'aliments. M. Sée a eu le grand mérite d'étendre la question et de déclarer hautement qu'il existe aussi une dyspepsie intestinale, pancréatique, biliaire, etc.

Mais toutes les dyspepsies gastriques, gastro-intestinales, intestinales, sont d'ordre chimique. Les troubles nervo-moteurs sont ainsi relégués sur un plan accessoire.

A côté des dyspepsies, M. le professeur Sée décrit des pseudo-dyspepsies, dont le rôle n'est, il est vrai, nullement négligeable.

DEUXIÈME PARTIE

Ce qui ressort avec évidence de l'exposé sommaire, et cependant fort incomplet, des opinions qui ont eu, ou ont encore cours à l'heure actuelle, c'est que l'histoire des dyspepsies n'est pas faite. Et cependant les théories, les classifications, les systèmes n'ont pas manqué. Et cette grande classe d'affections, de maladies de tous les jours reste pour beaucoup de praticiens une source de préoccupations et de déboires. Il en résulte une incertitude regrettable dans la thérapeutique et quand le médecin doit faire son choix parmi tant de médications souvent contradictoires, tant de régimes hygiéniques et alimentaires, il se contente d'une prescription anodine et empirique, s'en remettant trop souvent sur le temps et la nature pour amener la guérison.

Aussi conçoit-on qu'il était temps de démembrer cette grande classe de maladies, de symptômes réunis sous le même nom malgré leur diversité de nature et d'origine.

M. le professeur Sée en France, et ses élèves, une pléiade de savants allemands se sont attachés à l'étude du chimisme de l'estomac (Von Velden, Riegel, Leube,

Ewald, Boas, Jaworski, Cahn et Mering, etc., etc.). Les variations quantitatives et qualitatives des acides de l'estomac, sont aujourd'hui la source d'indications précieuses au triple point de vue diagnostic, pronostic et thérapeutique.

M. le professeur Bouchard a bien mis à relief les signes pathognomoniques et les troubles variés, locaux et à distance de la dilatation stomacale.

Nous reviendrons tout à l'heure sur les rapports de l'entéroptose et de la dilatation de l'estomac. Mais nous devons dire que les conceptions de M. le professeur Bouchard sont d'un ordre tout différent, bien plus élevé au point de vue de la pathologie générale, que les recherches fort intéressantes du reste de M. Glénard. L'entéroptose ne peut prétendre qu'au titre de sœur cadette, dans la grande histoire des dyspepsies et encore est-il permis d'affirmer que parmi ses symptômes, il en est plus d'un qui relève directement de la dilatation stomacale et de ses conséquences pathologiques.

En effet, l'entéroptose est infiniment moins fréquente que la dilatation stomacale, au moins quand on observe dans nos hôpitaux parisiens. Il en est autrement à Vichy (Glénard), mais il est nécessaire de tenir compte alors des conditions de l'observation dans ce milieu.

En nous appuyant sur ce que nous avons pu voir, et tout en reconnaissant hautement notre peu d'expérience, nous espérons pouvoir démontrer que si l'entéroptose existe, fait du reste bien connu avant qu'on ait inventé le nom qu'elle porte, elle constitue une affection peu commune lorsqu'on élimine avec soin ce qui revient à la dila-

tation stomacale, aux dyspepsies par excès d'acide et aux affections utérines.

TROISIÈME PARTIE

HISTORIQUE DE L'ENTÉROPTOSE EN PARTICULIER

Tout d'abord nous exposerons d'après les mémoires de M. Glénard, une intéressante revue de M. Cuilleret, la genèse de l'entéroptose, c'est-à-dire, la série des déductions qui ont amené M. Glénard à la conception que nous nous proposons d'étudier.

La neurasthénie se compose de quatre ordres de symptômes, qui seraient par leur degré de constance et leur ordre d'apparition : 1° les symptômes asthéniques (faiblesse générale, faiblesse des reins, d'estomac); 2° les symptômes mésogastriques (tiraillements, poids, creux, vide, fausse faim); 3° les symptômes gastriques ou cholériques (flatulence et symptômes vaporeux; douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, serrement, crampes); 4° les symptômes névrosiformes (insomnie, irritabilité, mélancolie, impuissance, vertiges, céphalalgie, palpitations, bourdonnements, névralgies, crises, etc.).

Les deux premiers ordres de symptômes se rencontrent d'une façon constante dans la neurasthénie et ils y sont associés à différents autres troubles morbides, que nous aurons à étudier plus loin et qui relèvent d'une affection plus générale, l'entéroptose.

Ainsi la doctrine de l'entéroptose a pour point de départ « l'abstraction sous le complexe symptomatique de

différents états morbides mal déterminés, d'un caractère nouveau en séméiotique, *celui de la splachnoptose des organes digestifs*. M. Glénard a été conduit par une série de déductions à admettre le prolapsus primitif de l'intestin et en particulier du coude droit du côlon.

M. Glénard a cru pouvoir généraliser la lésion et laissant la dilatation stomacale (Bouchard), la dilatation gastro-colique (Trastour) au second plan, il invoque un processus spécial, causal, l'entéroptose.

Les malades atteints de dyspepsie peuvent être classés dans un grand nombre de catégories, se touchant par plus d'un point et souvent difficiles à individualiser. Dans la description de l'entéroptosique, nous aurons, en effet, bien des traits qui rappelleront le dilaté de M. le professeur Bouchard.

Ce sont une fatigue générale, de l'inaptitude physique et intellectuelle, des malaises vagues, de l'insomnie, de la céphalalgie, des douleurs d'estomac survenant quelque temps après les repas, quelquefois des vomissements, etc.

Beard, en 1880, avait cherché à essentialiser la neurasthénie, dont une des formes consistait dans l'épuisement gastrique et répondait assez bien au type dont nous venons de donner un aperçu. Le traitement dit de Weir Mitchell répondit aux indications théoriques, qui découlaient de l'hypothèse de Béard.

M. Glénard (1885) en reprenant par un de ses nombreux côtés d'étude de la neurasthénie, proposa une classification nouvelle de ses innombrables symptômes. Il chercha ensuite à localiser dans les portions du tube digestif qui siège dans le plan du mésogastre l'ori-

gine la plus fréquente du syndrome neurasthénique.

Avant de terminer cette introduction nous devons dire quelques mots du rapport de M. Féréol, lu à la Société médicale des hôpitaux dans sa séance du 24 décembre 1886, au sujet d'une communication de M. Frantz Glénard (Entéroptose et neurasthénie).

M. Féréol donne en quelque sorte le baptême au mot d'entéroptose « quelque peu empreint de néologisme », parce qu'étymologiquement il est bien construit et qu'il dit bien ce qu'il veut dire.

Mais le savant rapporteur raille spirituellement M. Glénard de ses essais de classification naturelle. En effet, pour cet auteur, son travail est un essai de classification ; il cherche dans les dyspepsies la subordination des caractères, voulant par l'étude taxonomique des symptômes, arriver à les subordonner au *cotylédon* de la dyspepsie. Mais les maladies ne sont pas des êtres qu'on puisse étiqueter comme des papillons (Pidoux).

Ce qu'il y a de plus neuf, sinon d'absolument original dans les recherches de M. Glénard, c'est son étude des attaches, des modes de suspension, des rapports du tube digestif, complétée par l'exposé des résultats que peuvent avoir sur la digestion et sur la santé générale les troubles survenus dans l'état normal de ce qu'on pourrait appeler, suivant l'heureuse expression de M. Glénard, *la statique intestinale*.

M. Féréol est revenu sur cette question de l'entéroptose dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 23 novembre 1888. Il insiste sur la valeur de l'insomnie particulière, notée par M. Glénard,

et celle de l'intolérance pour le lait, qui est mal digéré, alors même qu'il ne cause pas de dégoût au malade. Il ajoute que la plupart des malades de M. Glénard font partie de ceux que M. le professeur Bouchard catégorise sous le nom de dilatés. Mais il ne s'ensuit pas que les remarquables travaux de M. Bouchard doivent être considérés comme présentant, sous une autre face, les faits vus par M. Glénard. La conception de l'éminent professeur de la Faculté de Paris, est bien plus ample, bien plus féconde que celle du médecin de Lyon.

M. Danlos (12 août 1888) a présenté à la Société médicale des hôpitaux une aquarelle sur laquelle on constatait l'abaissement du coude gauche du côlon, la corde transverse formant écharpe oblique, le paquet intestinal descendu dans le petit bassin et réduit à un amas d'anses, à peine grosses comme le petit doigt. L'estomac et le duodénum surtout, étaient considérablement dilatés. L'artère mésentérique était comme tendue devant le duodénum.

M. Féréol rapporte en outre trois observations personnelles fort concluantes, d'entéroptose avec coïncidence de rein mobile.

M. Guyot se demande si le prolapsus du côlon doit être incriminé, car il se rencontre parfois sur les cadavres des nouveau-nés. Il admet enfin comme mieux établie la coïncidence de la néphroptose et de l'entéroptose. La ceinture lui semble un mode de traitement remarquable, capable de guérir un certain nombre de dyspeptiques et de neurasthéniques, qu'aucun traitement ne parvenait à soulager (Féréol).

Enfin, pour terminer, rappelons que dans le rapport de M. Féréol auquel nous avons consacré quelques lignes, celui-ci se demandait si la conviction, la foi ardente et absolue de M. Glénard, n'avait pas eu une certaine influence sur les sujets névropathes que ce médecin avait eu à traiter à Vichy. M. Siredey (Société. méd. des hôpit., séance du 23 novembre 1888) pense de même qu'il faut sans doute faire une large part dans les heureux effets du traitement à l'influence morale, chez les malades de cet ordre, qui sont ordinairement des nerveux.

M. Guéniot (Acad. de méd., 1878) insistait déjà sur ce qu'il nommait le *prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme* et, en 1885 (*Archiv. générales de méd.*) il revenait sur cette question en étudiant le *prolapsus pariéto-viscéral*. Les viscères abdominaux tirent sur leurs attaches et causent des douleurs et de la faiblesse : ces femmes ne se trouvent bien qu'au lit.

Mais dans ses cas, M. Guéniot insiste sur l'absence des troubles névropathiques et digestifs (à part la constipation) et pourtant c'est l'entéroptose de M. Glénard réalisée au summum, dit M. Féréol.

C'est que la dyspepsie n'est sans doute pas, même à son début, le résultat d'une lésion locale. C'est aussi l'avis de M. Glénard, qui ne fait pas de son entéroptose une pure cause de dyspepsie.

Nous allons maintenant entrer dans l'exposé des faits rapportés par M. Glénard à l'appui de son hypothèse, en nous en réservant l'appréciation, au fur et à mesure que nous en aurons l'occasion. Car nous devons le dire dès le début de cette étude, si nous sommes convaincu

de l'existence de l'entéroptose, nous n'admettons ni la généralisation que donne à son hypothèse M. le D^r Glénard, ni la précision pour ainsi dire mathématique, qu'il a voulu atteindre dans l'exposé des symptômes qu'il attribue à ces prolapsus viscéraux multiples, ni surtout sa thérapeutique, si minutieuse et qui rappelle par plus d'un point les fameuses cartes culinaires affichées dans les stations allemandes.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Les sujets qui présentent les troubles subjectifs et objectifs que nous venons d'énumérer sont ordinairement des individus à vie sédentaire, dont le travail est surtout intellectuel.

La mauvaise hygiène alimentaire a aussi une certaine influence, moindre que dans les autres variétés de dyspepsie.

Mais il est une circonstance toute spéciale, qui joue le rôle capital dans l'étiologie de l'entéroptose. C'est la grosseur (60 0/0 des cas, Glénard). La paroi abdominale flasque, inerte, ne peut plus soutenir les viscères et la splachnoptose en est la conséquence.

La plupart des accoucheurs, M. Guéniot en particulier, avaient déjà signalé le fait. Il faut aussi tenir grand compte des affections utérines. Les chutes, les coups, les efforts musculaires, l'abus du corset pourraient en être le point de départ.

Nous aurons plus loin à insister sur les rapports étroits de l'entéroptose et du rein mobile ou déplacé (néphrop-tose, ectopie rénale, etc.).

L'entéroptose peut être primitive ou consécutive, primitive surtout chez les femmes, présentant en même

temps un rein flottant ou un prolapsus utérin ; consécutive, lorsqu'elle succède à l'atonie gastrique.

Nous ne parlerons pas de la neurasthénie comme cause de l'entéroptose, puisque celle-ci en serait justement un des facteurs étiologiques.

La fréquence de l'entéroptose serait considérable, d'après M. Glénard. Nous ne l'avons constatée que rarement chez un assez grand nombre de dyspeptiques examinés à ce point de vue. Il est vrai que M. Glénard a pris ses observations à Vichy, où sur 1300 malades qu'il a été appelé à traiter il a trouvé 400 cas d'entéroptose (y compris 148 cas d'entéronéphroptose ou rein mobile et 19 cas d'entérohépatoptose ou foie mobile).

Toute lésion susceptible d'amener à un degré variable la sténose de l'intestin (fièvre typhoïde, dysenterie) peuvent déterminer l'entéroptose.

La lithiasé biliaire accompagne souvent l'entéroptose.

M. Glénard décrit à ce propos la *colique sous-hépatique* qui reconnaîtrait pour cause le déplacement du coude droit du côlon, fréquent comme nous le verrons plus tard.

On doit songer à l'entéroptose dans une foule de cas dont nous donnons ci-dessous l'énumération d'après M. Glénard.

Neurasthénie (synonymes : cachexie nerveuse, dyspepsie nerveuse ; maux de nerfs ; diathèse nerveuse ; marasme nerveux, vapeurs, affection vaporeuse (POMME) ; hystérisme ou hystéricisme (LOUZER VILLERMAY) ; surexcitation nerveuse, névrose protéiforme (CERISE) ; névrosthénie, neurasthénie (BEARD, ROCKWELL, ERB) ; fai-

blesse nerveuse ; faiblesse irritable du système nerveux ; fièvre nerveuse ; hyperesthésie générale (MONNERET) ; névralgie générale (VALLEIX) ; forme dépressive de l'irritation spinale (ROSENTHAL) ; névropathie, névropathie aiguë cérébro-pneumogastrique (GIRARD) ; névropathie aiguë cérébro-cardiaque (KRISHABER) ; maladie cérébro-gastrique (LEVEN) ; nervosité, névrospasme (BRACHET) ; nervosisme (BOUCHUT) ; état nerveux (SANDRAS), maladie nerveuse (BROCHIN) ; névropathie arthritique (HUCHARD) ; neurasthénie sexuelle, gastrique (BEARD) ; neurasthénie par épuisement nerveux (WEIR MITCHELL) ; neurasthénie (ARNDT). Dans la dyspepsie nerveuse, la dyspepsie ab utero (déviation, ulcérations, etc.), dans l'anémie suite de couches. Dans les coliques hépatiques, la maladie du foie mobile, du rein flottant. Dans la dilatation de l'estomac, dans la coprostase, etc.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Nous les diviserons en subjectifs et objectifs.

Les symptômes *subjectifs* sont les plus nombreux, les plus variés ; ils consistent en malaises survenant souvent, sinon toujours, après les repas, alors qu'à jeun le malade accuse un bien-être à peu près absolu. Ces malaises ont deux caractères essentiels, ils surviennent après les repas, et longtemps après, ils sont d'autre part en rapport avec la nature des aliments ingérés (graisses, farineux, vin pur, etc.).

Enfin, les troubles subjectifs ont leur maximum trois heures après le repas. L'appétit est généralement conservé, les malades éprouvent même le besoin de manger.

Or voici l'interprétation logique de ce fait, que nous avons constaté chez une de nos malades, hyperchlorhydrique en même temps qu'entéroptosique, ce qui, soit dit en passant, nous semble plus fréquent qu'on ne pourrait le croire, quoique M. Glénard ait de parti pris négligé ce côté de la question (1).

(1) Chez une malade, présentant de la dilatation de l'estomac, avec tuméfaction du foie, battements épigastriques très intenses et très pénibles, douleurs vives, plusieurs heures après le repas, réveil vers

C'est deux à trois heures après le repas que l'acide chlorhydrique libre se trouve au maximum dans le suc stomacal. Cet acide chlorhydrique provoque des douleurs souvent atroces (brûlure, plaie à vif) qu'accusent vivement les malades. Le vomissement les calme, l'ingurgitation d'aliments les soulage au même titre, en diluant le contenu dans l'estomac.

La constipation est habituelle, les selles sont ordinairement rubanées et souvent il existe de l'entérite muqueuse ou muco-membraneuse.

Les malades se réveillent souvent vers deux heures du matin par suite de douleurs stomacales, provoquées par l'excès d'acide chlorhydrique et la preuve en est que « la station assise, l'ingestion d'aliments », les calment, et qu'elles sont moins vives après les repas copieux. En même temps que des douleurs abdominales les sujets se plaignent souvent d'angoisse, de palpitations, de besoin de manger, etc.

Les sujets accusent aussi des douleurs localisées à l'hypochondre droit, des névralgies intercostales.

L'état général souffre. Il se produit un amaigrissement rapide et les malades deviennent hypochondriaques.

La plupart de ces troubles suivent une règle déterminée dans l'ordre de leur apparition, ce qui permet de déterminer trois phases dans la maladie :

Période de début, dans laquelle s'observent du gonflement, de la somnolence, des éructations inodores, puis

deux heures du matin et les autres signes décrits par M. Glénard, l'examen du suc gastrique a révélé un excès considérable d'acide chlorhydrique.

des aigreurs, du pyrosis, une douleur épigastrique, de l'irrégularité des selles. A ce moment (obs. II) il se produit souvent un état aigu passager (embarras gastrique).

Période d'état.— La plupart des troubles fonctionnels que nous avons énumérés tout à l'heure persistent, et en outre apparaissent des éructations avec goût alimentaire, de l'insomnie, de la constipation, de l'amaigrissement.

Période dite neurasthénique.— L'appétit reste bon, la constipation est opiniâtre, les selles sont grisâtres, les vomissements exceptionnels. Les symptômes nerveux deviennent prédominants (faiblesse, céphalalgie, vertiges, tintements, frilosité, excitabilité, insomnie, hypochondrie). Le pouls est ralenti, dicrote, on y constate des intermittences; la respiration est lente et superficielle.

Le malade se prive de manger pour ne pas souffrir. Cette dernière période, s'observe bien plus rarement que les deux premières.

En dehors de ces symptômes, il y en est quelques autres, moins constants, mais intéressants à connaître parce qu'ils s'observent surtout chez la femme après l'accouchement et peuvent être la source d'erreurs de diagnostic.

Ce sont en dehors de la constipation, de l'irrégularité des selles, des troubles divers de l'appétit, une sensation de fatigue constante, l'impossibilité de se tenir debout et surtout de marcher longtemps, de l'insomnie, s'accompagnant de signes d'anémie (palpitations, vertiges) et de nervosisme. Comme l'utérus est souvent déplacé, le col déchiré, qu'il existe de la leucorrhée, la malade est adressée à un gynécologue et soignée, mais sans succès pour ses troubles utérins.

Les signes objectifs sont les symptômes qui individualisent cette nouvelle entité. Les troubles fonctionnels que nous avons décrits se retrouvent dans la plupart des dyspepsies, et ceux mêmes que M. Glénard donne pour absolument caractéristiques ont été décrits dans d'autres affections stomacales et notamment dans l'hyperchlorhydrie, à supposer même, et nos cas sembleraient en faveur de cette opinion, qu'ils ne relèvent pas toujours de la présence à une période relativement éloignée de la digestion, d'un excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Les malades sont maigres. Leur teint est pâle, légèrement bistré, quelquefois même à certains moments, subictérique. Les sujets ont la moustache jaune (sillon naso-labial) décrite par Lasèque. Ils ont l'air triste, abattu.

La langue (nous suivons ici pas à pas M. Glénard) est à peine jaunâtre à la base ; elle est large, étalée. Le pouls est petit, régulier, lent. La peau est mince, sèche. L'abdomen est flasque, plat, souvent étranglé au niveau de l'ombilic.

L'estomac est habituellement dilaté (1) (clapotement). La pression immédiatement au-dessus de l'ombilic, dans le flanc droit et à l'extrémité de la neuvième côte droite est douloureuse. Enfin on constate le battement épigastrique « anévrysme des étudiants » que perçoivent quelques malades à certains moments (émotions, digestion). Il est visible à l'œil nu. Il a l'aorte pour siège (Brinton

(1) L'estomac peut être dilaté et ptosé ou simplement ptosé.

l'attribuait à l'artère gastro-épiploïque). En effet, il est toujours perceptible à gauche de la ligne médiane, sur un trajet de 2 à 5 centimètres.

Corde colique transverse. — Lorsqu'on explore la région épigastrique, on trouve à deux centimètres environ au-dessus de l'ombilic, une petite masse résistante, située au devant de l'aorte dont elle transmet les battements. C'est une corde aplatie, large de deux centimètres et demi au plus, épaisse d'un centimètre à peine, à direction transversale, croisant celle de l'aorte, se continuant à droite de ce vaisseau dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Elle est mobile de haut en bas. En l'abaissant on éprouve une sensation de résistance et bientôt elle échappe au doigt, « ressaut », pour revenir à sa position première.

Cette corde c'est le *côlon transverse*, en la comprimant contre l'aorte, on sent une crépitation fine. Elle existe ordinairement chez l'entéroptosique. On procure souvent un soulagement au malade en appuyant sur elle, quelquefois au contraire la pression en est douloureuse. Elle est particulièrement nette trois à quatre heures après le repas.

C'est cette corde qui transmet à la paroi abdominale les battements de l'aorte.

3° Cordon iliaque gauche. On sent en comprimant la fosse iliaque gauche, avec l'extrémité des doigts réunis, rouler une corde dure, peu large, qui n'est autre que l'S iliaque.

4° Boudin cæcal déjeté en dedans. Le cæcum rénitent, donnant la sensation de boudin, modérément sonore, est déjeté en dedans. On peut le suivre plus ou moins haut.

Le gros intestin et l'intestin grêle sont plus étroits que de normale, il y a « entérosténose généralisée chronique ».

L'entéroptose résulte de la diminution de la tension intra-abdominale par le fait de la sténose intestinale et de l'augmentation de la pesanteur spécifique des viscères, par suite de l'absence de gaz et du poids des ingesta.

En résumé.

Estomac : Clapotement épigastrique entre 2 à 7 heures après le repas.

Intestins : Points sensibles ; battements épigastriques ; corde colique transverse ; cordon iliaque gauche ; boudin cæcal déjeté en dedans : entérosténose.

Excavation de l'abdomen ; flaccidité des parois ; côlon transverse à l'ombilic ; intestin grêle dans le petit bassin : entéroptose.

En outre, on observe fréquemment de l'abaissement du *foie* qui peut descendre jusqu'à l'épine iliaque antérieure (Glénard) sans être notablement hypertrophié ainsi que la percussion de son bord supérieur permet de l'établir.

Le rein est souvent abaissé, d'une façon plus ou moins considérable et quelquefois on peut le sentir à travers la paroi abdominale antérieure (rein flottant) par la simple palpation.

Nous ne saurions entrer dans de longs détails sur ce que M. Glénard a nommé néphroptose et sur les procédés qu'il emploie pour la découvrir. Ils consistent essentiellement à étreindre largement l'hypochondre droit avec la main gauche, pouce en avant, à appliquer le bord cubital de la main droite au niveau de l'ombilic parallèle-

ment à l'axe du corps et à fouiller la profondeur de l'hypochondre au moment des fortes inspirations.

Remarquons que l'abaissement du bord inférieur du foie, que l'abaissement du rein droit avaient déjà été signalés par Bartels et M. le professeur Bouchard dans la dilatation de l'estomac. Nous ne rappellerons pas l'explication qu'ils invoquent, ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé.

L'utérus est souvent lui aussi abaissé, et la plupart des signes de l'entéroptose sont bien connus et de longue date des gynécologistes qui les rapportaient au prolapsus utérin.

Parmi les signes physiques mentionnés par M. Glénard, nous avons constaté chez nos 3 malades les battements épigastriques, le cordon iliaque gauche, la flaccidité des parois abdominales, l'abaissement du rein et l'augmentation de volume du foie, mais nous n'avons pas perçu toujours la corde colique transverse, surtout avec la netteté et la précision indiquées par l'auteur.

CHAPITRE III

ANATOMIE NORMALE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

La variété, la diversité de forme des moyens de fixation du tube digestif, ne doit pas en faire négliger l'étude. Chaque détail topographique a sa raison d'être, sa cause finale (Glénard).

Le tube digestif se compose de deux parties, une supérieure, une inférieure, qui se réunissent en un point, le plus fixe de l'appareil digestif, l'orifice duodéno-jéjunal (Glénard), placé sur la face antérieure de la première vertèbre lombaire. La première partie est surtout chargée de sécréter ; la seconde, d'absorber et d'excréter.

Les anses digestives ou baldaquins, nécessitées par la longueur du tube digestif, de dix à quinze fois plus grande que la distance directe de la bouche à l'anse, sont au nombre de 6 : 1° l'anse gastrique ; 2° l'anse duodénale ; 3° l'anse iléo-colique (intestin grêle, cæcum et côlon ascendant) ; 4° l'anse colique transverse ; 5° l'anse côlo-sigmoïdale (côlon descendant et S iliaque).

Il y a six points du tube digestif intermédiaires à ces divers segments, au niveau desquels existe un coude, qui peut éprouver, à un moment donné, une déformation angulaire, susceptible de causer un obstacle à la progres-

sion des ingesta ou des sécrétions, ce sont : l'orifice gastro-duodénal, le duodéno-jéjunal, le colique sous-costal droit, le colique sous-costal gauche, le sigmoïdo-rectal, auxquels M. Glénard ajoute l'orifice sous-pylorique du transverse, situé entre les deux demi-anses du côlon transverse.

D'un autre côté, la partie déclive de chaque anse peut former un bas-fond, un cul-de-sac, où s'accumuleront les محتوا.

Il est dès lors intéressant d'étudier les angles de soutènement du tube digestif. Nous n'indiquerons ici que les principaux.

Orifice gastro-duodénal (1). Il est soutenu par le bord winslowien de l'épiploon gastro-hépatique qui forme le pilier antérieur de l'hiatus de Winslow et s'insère en haut au sillon transverse du foie. Il est renforcé par le ligament hépato-duodénal et par les vaisseaux qu'il renferme (veine porte, artère hépatique, cholédoque).

Cet orifice ne correspond pas au pylore placé un peu en avant de lui. L'angle duodéno-jéjunal est le plus fixe du tube digestif. Il est maintenu par un vrai faisceau fibro-musculaire qui l'unit au tissu cellulaire prévertébral (Treitz) par les adhérences de l'extrémité supérieure du mésentère à la colonne vertébrale, par un repli semi-lunaire que forme le péritoine en contournant en bas la naissance du jéjunum près de la fossette de Huschke et de Luschka.

Le faisceau fibreux qui descend avec la mésentérique

(1) Pour tout ce qui a trait au duodénum, voir l'excellent travail de M. JONNESCO, Anatomie topographique du duodénum. *Progr. méd.*, 1889.

supérieure au devant du duodénum est le vrai ligament suspenseur de l'intestin grêle. Or, lorsque l'intestin grêle est vide de gaz, le duodénum pour chasser son contenu dans le jéjunum devra soulever un poids minimum de 1/2 kilogr., poids de la masse de l'intestin grêle, soutenue par le ligament suspenseur de l'intestin grêle qui pèse sur le duodénum.

Dans une observation communiquée par M. Legroux à la Société médicale des hôpitaux (1885, p. 328), il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, ayant succombé avec l'ensemble des signes d'une obstruction intestinale ; à l'autopsie, on ne trouva pas d'occlusion. Mais l'estomac était extraordinairement dilaté, abaissé par une corde épiploïque insérée à la partie inférieure de la paroi abdominale. L'intestin grêle formait une masse violacée, pelotonnée sur elle-même, ne contenant ni gaz ni matières et tendant comme une corde l'artère mésentérique qui aplatisait le duodénum. Il n'y avait ni ulcération ni aucune autre cause possible à invoquer pour expliquer l'obstruction.

C'est là une confirmation anatomo-clinique des idées de M. Glénard.

Orifice coliquesous-costal droit. — Il est mal soutenu, il n'existe pas ici de ligament proprement dit, mais un simple repli péritonéal. Cet orifice est donc fort peu exposé dans sa perméabilité. Néanmoins, comme il est fréquemment abaissé il en résulte une gêne dans la progression des matières (coprostase cæcale et du côlon ascendant); en même temps le côlon transverse se trouve rétréci et forme une corde de la grosseur du petit doigt.

Orifice colique sous-costal gauche. — Il est suspendu à la 10^e côte gauche, en arrière de la ligne axillaire par un repli péritonéal doublé d'un ligament solide. Cet orifice est fixe et exposé.

Orifice colique sous-pylorique. Il existe un ligament pyloro-colique constant dans ses attaches et ses dimensions. M. Glénard entre à ce sujet dans de longues considérations anatomiques où nous ne saurions le suivre et il est arrivé en fin de compte à conclure que le côlon est relié à l'estomac d'une façon invariable, c'est-à-dire lui est suspendu, au niveau des 4 premiers centimètres de la grande courbe à partir du pylore (1).

Les anses sont en outre soutenues à leur concavité par des replis péritonéaux, seul le duodénum n'est pas soutenu par sa concavité. M. Glénard la compare à un flacon à deux tubulures, la tubulure gastro-duodénale réglée par le côlon transverse et la tubulure duodéno-jéjunale, réglée par l'intestin grêle.

Le côlon transverse peut au dire de M. Glénard, et il a vérifié le fait, dans maintes autopsies, se rencontrer dans tous les points de l'abdomen sauf le flanc droit; la recherche de la corde colique transverse est le seul signe qui permette lorsqu'on le rencontre de savoir où se trouve le côlon transverse.

Or, l'entéroptose de la première anse du transverse

(1) M. FÉRÉOL (*loco citato*), fait remarquer que le fait déjà cité de M. LEGROUX, celui de M. HAYEM (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 322, 1885), pourraient bien être des exemples de la double luxation de l'estomac et du côlon transverse, solidaires en raison du ligament pyloro-colique.

semble être le substratum d'un certain nombre de troubles morbides (tumeur stercorale, rein flottant, coliques hypochondriaques, dyspepsie, telle que nous l'avons décrite).

Chez ces sujets atteints d'entéroptose avec corde colique, l'orifice duodéno-jéjunal est rétréci par le poids de l'intestin grêle qui pèse sur le ligament mésentérique supérieur. D'autre part, la corde colique abaisse par son poids l'estomac auquel elle est suspendue et le bas-fond du cul-de-sac duodénal atteint la troisième lombaire, tirant ainsi de son côté sur les angles gastro-duodénal et duodéno-jéjunal.

Ainsi se réalise une occlusion relative par le seul fait de l'absence de gaz dans le tube digestif.

Mais le court résumé d'anatomie normale que nous venons d'exposer nous fait prévoir la multiplicité et la variété des causes qui pourront soit engendrer, soit aggraver l'entéroptose.

Nous citerons ainsi l'abaissement du foie et de l'estomac qui s'observe chez beaucoup de sujets, chez les femmes notamment, qu'il soit dû alors au corset ou à une grossesse antérieure.

L'abaissement de l'estomac a pour conséquence nécessaire celui du côlon transverse et celui du duodénum (angle sous-pylorique et angle gastro-duodénal).

Dès lors les orifices gastro-duodénal et sous-pylorique du côlon transverse se trouveront placés au-dessous des orifices sous-costal gauche et duodéno-jéjunal, orifices de sortie dont la situation est invariable. Dans ces cas le duodénum est souvent dilaté. L'hiatus de Wins-

low est alors souvent allongé et forme une fente verticale de 5 à 6 centim. admettant facilement trois doigts juxtaposés (Glénard).

La deuxième anse du transverse peut être le siège d'une accumulation de scybales, et ainsi se trouve accentué l'angle sous-pylorique.

Comme altérations fréquentes et variées, M. Glénard cite encore les anomalies de la première anse du transverse. Leurs conséquences seraient graves et il faudrait voir là le substratum de l'hypochondrie.

Nous avons vu que l'angle sous-costal droit est peu solidement fixé. Aussi le trouve-t-on fréquemment abaissé. Dans les cas où cet abaissement atteint un assez haut degré, le rein droit est ptosé, le cæcum et le duodénum sont dilatés.

Cette ptose de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse accentue l'angle sous-pylorique du côlon, augmente ainsi la traction qu'il exerce sur l'estomac et gêne le cours des matières de l'estomac vers le duodénum et de la première vers la seconde anse du côlon transverse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

M. Marie, 30 ans, journalière, entre le 2 février 1889, à l'Hôtel-Dieu, salle St-Anne, lit n° 24, service de M. le professeur Proust.

Elle a eu il y a deux ans une grossesse, son enfant est bien portant. Pas de maladie antérieure. Père et mère en bonne santé.

Depuis son accouchement, elle se plaint de fatigue, de malaises, de douleurs lombaires. La station prolongée, la marche surtout sont très pénibles. Sensation de gonflement épigastrique après les repas, météorisme, renvois.

Les douleurs sont surtout vives quelques heures après le repas. Elle se réveille parfois la nuit et souffre alors de douleurs abdominales assez vives, de sensation de brûlure épigastrique. Elle a la fringale et l'introduction d'aliments calme les douleurs assez promptement.

Pas d'œdème des jambes, rien au cœur, pouls régulier. Rien aux poumons. Corps thyroïde assez développé. Frémissement cataire léger dans les veines du cou. Coloration brun jaunâtre de la peau.

La malade est très irrégulièrement réglée depuis sa grossesse. Métorrhagies. Leucorrhée abondante. Paroi abdominale flasque, couverte de vergetures.

Douleurs dans la fosse iliaque gauche, où l'on sent un cordon stercoral. Constipation.

Empâtement de la région cœcale, non douloureuse. Dilatation stomacale. Le clapotage s'entend jusqu'au-dessous de l'ombilic. Battements épigastriques; on ne sent pas la corde transverse.

Le foie déborde les fausses côtes de 4 travers de doigt au niveau de la ligne mamillaire. La matité du bord supérieur est par contre abaissée et le volume de l'organe ne semble pas augmenté.

Le rein droit est légèrement abaissé, par le procédé de palpation de M. Glénard on arrive à le saisir entre les doigts.

4 février. Vomissements alimentaires. Douleurs abdominales.

Le 6. Utérus légèrement abaissé, en rétroversion. Col déchiré. Sécrétion muco-purulente au niveau de son orifice. Rien au vagin.

Le 8. La malade souffre lorsqu'elle veut marcher et ne se trouve bien qu'au lit.

L'épreuve de la sangle bimanuelle lui cause un grand soulagement.

Le 10. La malade sort sur sa demande.

OBSERVATION II (PERSONNELLE)

M. Marie, 30 ans, entre le 29 février 1889, salle St-Anne, n° 24, dans le service de M. le professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu.

Un enfant bien portant. Suite de couches normales, par d'antécédents pathologiques sérieux. Depuis trois ans la malade se plaint de tympanisme après les repas.

État actuel. Brune, bien musclée, légèrement anémique. Rien dans la poitrine. Souffle peu intense systolique au foyer pulmonaire. Léger frémissement cataire aux veines du cou. Corps thyroïde très développé.

Règles irrégulières peu abondantes, revenant tous les 15 jours.

Pertes blanches abondantes. Endométrite ancienne avec légère antéflexion.

Douleur légère au niveau de la fosse iliaque gauche, où l'on sent un boudin fécal. Constipation. Foie débordant les fausses côtes de 4 travers de doigt dans la ligne mamelonnaire. Rein droit légèrement abaissé, paroi abdominale flasque. Dilatation stomacale, le clapotage s'entend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Douleurs assez intenses plusieurs heures après le repas, quelques vomissements alimentaires qui calment les douleurs.

La malade sort sur sa demande au bout de 15 jours.

OBSERVATION III (M. FÉRÉOL. *Loc. cit.*)

Une dame P..., d'une trentaine d'années, était depuis longtemps la cliente de notre éminent collègue M. Brouardel, qui, ne pouvant lui continuer ses soins, voulut bien me la confier au moment où son mari, employé de l'Administration de l'assistance publique, venait remplir une fonction à l'hôpital de la Charité. Cette dame était atteinte d'une singulière forme de dyspepsie gastralgique, à crises excessivement douloureuses, analogues à des coliques hépatiques, sans qu'on eût jamais observé chez elle de traces d'ictère, et sans qu'elle eût jamais rendu de calculs biliaires. Deux ans de suite elle avait été à Vichy, sans aucun bénéfice. Dans ces derniers temps, les crises, d'une violence extraordinaire, accompagnées de vomissements presque incoercibles, s'étaient tellement rapprochées que la malade était tombée dans un état de faiblesse, d'anémie, de maigreur fort inquiétant. Les piqûres de morphine qui l'avaient d'abord soulagée, étaient devenues insuffisantes, bien qu'elles fussent répétées trois, quatre fois et même plus dans les vingt-quatre heures; la malade devenait une véritable morphinomane.

J'avais, à plusieurs reprises, constaté chez elle le clapotement stomacal dans le voisinage de l'ombilic, et je dirigeais mon traitement dans le sens de la dilatation stomacale, y compris le lavage, mais sans aucun succès, lorsque l'idée me vint de la possibilité d'une entéroptose. Je fouillai l'abdomen avec le plus grand soin, et je découvris un rein mobile très évident à droite. En recherchant l'origine de la maladie, je constatai qu'elle avait commencé pendant une grossesse, en 1831, à la suite d'une chute assez sérieuse qu'avait faite la malade.

Dès lors, je me crus fixé, et je fis la commande d'une sangle pelvienne.

Précisément à ce moment, je reçus à l'hôpital la visite de M. Glénard ; il vint avec moi visiter la malade, constata l'ectopie rénale, trouva la corde colique transverse que je ne savais pas sentir, et voulut bien m'assister de son expérience dans la direction du traitement que nous allions entreprendre.

L'application de la ceinture, vu l'état de maigreur extrême de la malade, présentait une véritable difficulté ; il fallut retoucher plusieurs fois la sangle, augmenter la pression au moyen d'une pelote très grosse en forme de croissant. Nous étions encouragés par l'épreuve du relèvement de l'abdomen au moyen des mains, épreuve qui donnait un résultat très significatif. Le 9 mars, la ceinture put être mise et laissée en place ; en même temps la malade prenait, chaque matin, un léger laxatif (10 grammes d'abord, puis, plus tard, 5 grammes de sulfate de soude), des alcalins à chaque repas, et suivait le régime indiqué dans le mémoire de M. Glénard. Dès ce moment, le mieux se manifesta ; les piqûres de morphine sont réduites à deux par jour ; elles ne purent être supprimées que beaucoup plus tard ; les vomissements cessent, et le sommeil reparait. Le 13 mars, la malade se trouve *sauvée* et ne marchande pas le mot : selon elle, *c'est un miracle*. Le 15, elle fait une course en voiture (il y avait six mois qu'elle restait au lit presque constamment) ; le 19, elle va au spectacle.

Aujourd'hui, elle a repris sa vie habituelle depuis longtemps.

Elle a encore des crises ; tous les mois d'abord, au moment des règles, qui sont hémorrhagiques et douloureuses, et ensuite toutes les fois qu'elle se fatigue, ou qu'elle tente un essai pour sortir de la rigueur de son régime ou de son traitement. Mais elle s'occupe de son ménage, de ses enfants, elle commence à engraisser et se montre très heureuse du résultat obtenu (1).

J'ajoute que M. Champetier de Ribes, qui avait été appelé au moment d'une des crises les plus douloureuses, avait reconnu chez M^{me} P... un déplacement utérin qu'il avait essayé de réduire, et il avait cru pouvoir faire de la maladie un réflexe symptomatique de ce déplacement. J'ai invité mon excellent collègue à suivre avec nous le traitement de ce cas très intéressant ; il me paraît aujourd'hui gagné à la théorie de l'entéroptose.

OBSERVATION IV (M. FÉRÉOL. *Loc. cit.*)

Le second fait que je veux vous citer concerne une dame B..., âgée de cinquante-cinq ans environ, cliente habituelle de mon ami le docteur Guyot. Cette dame vint me voir en août dernier, en l'absence de son médecin qui faisait un long voyage. En la voyant entrer dans mon cabinet, je fus désagréablement impressionné par sa pâleur et son aspect cachectique ; elle était anhélanter avec des quintes fréquentes d'une toux sèche et convulsive, et paraissait sur le point de tomber en syncope ; pas d'œdème des jambes ; mais une arythmie cardiaque extrême, avec faiblesse du pouls ; je m'empressai de la faire étendre sur une chaise longue, et son mari, qui l'accompagnait, me raconta

(1) Il est vraisemblable que le résultat eût été plus satisfaisant encore, si M^{me} P... eût pu faire, ainsi que nous le lui avions prescrit, une cure à Vichy ; mais il lui a été impossible de quitter Paris en temps utile.

son histoire pathologique qui était obscure et remontait très loin. Dès 1870, elle était sujette à des troubles digestifs, à des crampes d'estomac avec vomissements bilieux. Mais ce n'est qu'à partir de 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse faite dans un escalier, que sa santé devint tout à fait mauvaise.

A propos de cette chute le docteur Guyot fit un examen minutieux de l'abdomen, et découvrit chez la malade une ectopie droite très manifeste. Depuis 1881 jusqu'au mois d'août 1888 M^{me} B... a été constamment valétudinaire, toujours sujette à des vomissements, à des crises gastriques, à de la toux, à des palpitations, M. Guyot cherchait, sans la trouver, quelque lésion du côté du poumon, de l'estomac, du cœur, de l'utérus même. Plusieurs saisons à Vichy, à Plombières n'amenèrent que des soulagements passagers; même à Vichy on dut renoncer à l'usage des eaux en boisson, et se borner à l'hydrothérapie. Enfin, dans ces derniers temps, le mal a pris une intensité extrême, par suite de fatigues et d'émotions causées par le mariage d'une fille. M^{me} B... a un dégoût alimentaire absolu, vomissant tout ce qu'elle essaye de prendre, même le lait qu'elle aime beaucoup; elle ne dort pas, étouffe sans cesse, et se sent en imminence syncopale lorsqu'elle essaye de marcher ou même de se tenir debout; elle a des palpitations violentes; en même temps elle a perdu toute énergie morale, elle qui en avait beaucoup, et tombe dans une mélancolie profonde. Les quintes de toux convulsive qui la fatiguent, lui font croire qu'elle devient poitrinaire, bien que M. Guyot, consulté à cet égard en juillet, l'ait, après un sérieux examen, pleinement rassurée.

Devant cet ensemble de symptômes, et mis sur la voie par l'ectopie rénale, je tente sur elle l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains. Cette épreuve et la contre-épreuve donnent des résultats significatifs.

J'annonce dès lors à la malade que je crois pouvoir lui garantir un soulagement très prompt, et je lui prescris le traitement de l'entéroptose.

L'effet de l'application de la sangle fut saisissant. La toux

quinteuse disparut du jour au lendemain, absolument. La malade dormit une grande partie de la nuit, en conservant sa ceinture; dès le lendemain, elle se trouve transformée, guérie, assure-t-elle, et crie au miracle, disant qu'elle se sent capable d'aller à pied à l'autre bout de Paris. Je modère un peu son enthousiasme, et lui rappelle l'absolue nécessité des laxatifs quotidiens, des alcalins aux repas et du régime.

Une saison à Vichy, qui fut différée quelque peu par l'apparition d'un zona, acheva la cure.

A son retour à Paris, M. le docteur Guyot, avec qui j'étais entré en correspondance au sujet de sa cliente, trouva M^{me} B... guérie.

Celui-ci crut pouvoir, en conséquence, suspendre l'usage assez ennuyeux du laxatif quotidien; sur-le-champ, les palpitations reparurent, et le sommeil fut de nouveau troublé. Elle revint me voir dans mon cabinet vers le 20 octobre. J'insistai pour qu'elle se conformât à la rigueur des prescriptions. Et ces jours derniers, j'ai appris qu'elle se trouvait revenue à la considérable amélioration qu'elle avait obtenue en septembre dernier, et qui constitue pour elle un état de santé très satisfaisant, dont elle fait un grand honneur à la médecine et au médecin.

OBSERVATION V (M. FÉRÉOL. *Loc. cit.*)

Dans les deux observations précédentes, j'ai eu la chance d'apporter un soulagement si considérable qu'il peut passer pour une guérison, à deux malades qui étaient soignées depuis plusieurs années par deux de nos collègues les plus éminents, tous deux mes amis, qui m'ont autorisé, ce dont je ne saurais trop les remercier, à vous communiquer ces faits sans taire leurs noms.

Dans la suivante, c'est moi-même, messieurs, sans nulle

vanité, qui étais depuis vingt-deux ans le médecin traitant de la malade ; je n'avais pas su la guérir, non plus qu'aucun des nombreux confrères auxquels je l'avais adressée, ou qu'elle avait consultés elle-même ; la liste en est longue, et vous verriez, s'il m'était permis de vous la communiquer, qu'elle comprend les noms les plus célèbres de la Faculté, et même quelques-uns de l'étranger.

Cette dame, âgée aujourd'hui d'une cinquantaine d'années, fille d'un père très nerveux et probablement alcoolique, très nerveuse elle-même, et ayant dès l'époque de la puberté des idées d'obsession scrupuleuse, qui se représentèrent à plusieurs reprises après son mariage, tomba tout à fait malade, il y a vingt-six ans, pendant une grossesse très pénible (dernière de cinq). L'accouchement fut mauvais, suivi de pertes hémorrhagiques et de métrite-péritonite assez grave ; je lui donnais alors mes premiers soins. Depuis lors, malgré des améliorations plus ou moins longues, elle est restée en proie à une dyspepsie intestinale caractérisée par une diarrhée revenant surtout le matin, et alternant parfois avec de la constipation ; chaque fois que ces troubles intestinaux se reproduisent, la malade est prise d'idées noires, scrupules, mélancolie profonde, débilité générale, dégoût de tout, impossibilité de marcher, de s'occuper à quoi que ce soit. Je ne puis dire ici tout ce qui a été tenté comme médication, eaux minérales, en France et à l'étranger, stations dans le Midi ; l'hydrothérapie, l'électricité statique ou dynamique ont été dirigées contre l'état général, et aussi contre l'état local ; car il lui était resté des règles hémorrhagiques très violentes, qui m'ont fait admettre la possibilité d'une complication de fibrome utérin. La ménopause, sur laquelle on comptait pour améliorer la situation, n'eut qu'un effet temporaire, et toujours la situation restait foncièrement la même.

J'avais fini par me rallier dans ce cas à l'opinion de M. Charcot et à admettre que la névropathie était l'origine première de tous les accidents.

Au mois de mars dernier, la malade que je n'avais pas vue depuis assez longtemps, vint me faire part d'un nouvel incident. Sa fille était accouchée, avec l'habile concours de notre collègue le Dr Charpentier. C'était une occasion pour la mère de consulter un nouveau médecin; elle n'y manqua point; celui-ci trouva une déviation utérine (que je connaissais de longue date), et M^{me} A... venait me dire précisément que Charpentier espérait remédier à tout en traitant le déplacement utérin. La malade renaissait encore une fois à l'espérance; car, chose remarquable, elle se refusait toujours à être une névropathe pure; elle était toujours persuadée que sa maladie devait avoir une cause que nous ne savions pas découvrir, et me reprochait sans cesse amicalement de ne pas y songer assez. Or cette fois, elle se croyait à moitié guérie, puisqu'on avait enfin découvert la cause de son mal. Il m'en coûtait de lui ôter son illusion. Pour me donner le temps d'y songer, je l'examinai de nouveau, à fond, ce que je n'avais pas fait depuis longtemps. M^{me} A... était tombée dans un état d'amaigrissement extrême et de faiblesse inquiétante. Le ventre flasque et plissé se prêtait à une exploration profonde. Je constatai facilement que le rein droit était descendu presque dans la fosse iliaque; le paquet intestinal était réduit à un volume minima, et semblait constitué par un amas de petites cordes; je tentai l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains; elle réussit pleinement, aussi bien que la contre-épreuve.

Dès lors, je reconstituai de souvenir tout le tableau de l'entéroptose que j'avais eu sous les yeux depuis vingt-deux ans sans le voir.

Je priai M. Charpentier de venir visiter la malade avec moi et avec M. Glénard, qui était en ce moment à Paris.

Le traitement fut institué : laxatifs quotidiens, alcalins, régime, sangle pelvienne. Celle-ci ne fut pas commode à installer avec l'extrême maigreur de la malade. On en vint à bout cependant, et depuis cette époque la malade porte une sorte de corset-cuirasse inférieur, qui remonte presque jusqu'aux côtes,

et qui est garni d'une large plaque en croissant avec pelote volumineuse.

Le soulagement obtenu par ces moyens combinés fut instantané. La malade put marcher, dormir et digérer. Il y eut quelques rechutes, il est vrai ; deux séjours à Vichy, en mai et en septembre, ont amené une amélioration telle que la malade put faire un voyage dans le nord de l'Italie. Aujourd'hui, elle a repris la vie de tout le monde, et, si elle a encore quelques malaises, elle est délivrée de son obsession, de l'abattement mélancolique et de la débilité inquiétante où je l'avais vue il y a huit mois. Si ce n'est pas encore une guérison complète, c'en est bien près, et il est permis d'espérer que nous y arriverons ; en tous cas, c'est, dès maintenant, une existence très acceptable, dont la malade se déclare très heureuse en comparaison des souffrances passées, et il était impossible d'espérer mieux ni même aussi bien dans un état pathologique si grave, si complexe et si ancien. Hier même, par une coïncidence toute fortuite, j'ai vu M^{me} A... dans mon cabinet ; elle est tellement reconnaissante qu'elle m'a offert de venir se soumettre à votre examen.

Nous nous bornons à rapporter ces quelques observations, renvoyant aux mémoires de M. Glénard et de M. Guilleret pour les cas publiés par M. Glénard lui-même. L'autorité qui s'attache au nom de M. Féréol, rendait tout particulièrement intéressantes les observations que nous venons de reproduire et qu'il a communiquées à la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DE L'ENTÉROPTOSE

L'entéroptose peut être confondue à sa première période avec les dyspepsies dites nerveuses, flatulentes, acides, atoniques, avec la gastralgie, diverses affections utérines, etc. ; à sa seconde période avec la dyspepsie hypochondriaque, l'hypochondrie, la dysménorrhée ; à sa troisième période avec la neurasthénie, les diverses formes d'anémie, le cancer latent et l'auto-intoxication ptomaïque chronique.

En dehors des signes subjectifs (exacerbation des maux à trois heures du soir, réveil à deux heures du matin, irrégularité des selles, aggravation résultant de l'ingestion de certains aliments : graisses, féculents, vin, lait), en dehors des signes objectifs (corde colique transverse, cordon iliaque gauche, boudin cæcal déjeté en dedans, tumeur stercorale dans l'hypochondre droit, rein mobile), il existe encore un moyen de diagnostic capital pour M. Glénard. L'épreuve de la sangle.

« Si dans le but de répondre à l'indication de relever
« et soutenir la masse intestinale, c'est-à-dire de com-
« battre l'entéroptose, on applique une ceinture abdo-
« minale suffisamment serrée et placée de telle sorte

« qu'elle comprime l'hypogastre de bas en haut, on verra se dissiper brusquement les symptômes mésogastriques (1) et neurasthéniques (2), tandis que les symptômes choméliens (3) s'aggraveront s'ils étaient masqués ou reparaîtront, s'ils étaient latents » (Glénard).

L'épreuve de la sangle et absolument démonstrative et ses résultats peuvent être considérés comme décisifs même dans certains cas, où elle est pratiquée dans le décubitus horizontal.

Mais chez quelques sujets, il y a entéroptose et la preuve est négative ; elle peut même être paradoxale, c'est-à-dire aggraver la situation du malade (Glénard).

Il faut donc ne pas négliger les autres symptômes pour arriver à un diagnostic exact.

Nous devons encore indiquer un signe indiqué par M. Féréol, qui n'est en somme que l'épreuve clinique de la sangle, faite avec les mains. On se place derrière le malade et on soulève à l'aide des deux mains le paquet intestinal : le sujet éprouve alors une sensation de bien-être, de soulagement réel, qui cesse une fois la manœuvre terminée.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans le détail du diagnostic différentiel de l'entéroptose et des affections qui présentent avec elle certains symptômes communs. En effet, les signes qui permettront d'affirmer l'entéroptose dans ces conditions seront ceux sur lesquels nous avons longuement insisté.

(1) Tiraillements, serrements, constriction, fringale, pesanteur, plénitude, barre, creux, vide, etc.

(2) Faiblesse générale, faiblesse des reins, etc.

(3) Flatulence, douleurs, renvois, aigreurs, etc.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Pour M. Glénard, l'entéroptose serait toujours curable à quelque période qu'elle soit, et cette considération doit rendre d'autant plus attentif au point de vue de la diagnose et de la thérapeutique à instituer. Si l'on songe à la difficulté que l'on a à guérir ou même à améliorer les dyspeptiques, ce sera un résultat vraiment remarquable que d'avoir pu non seulement isoler une variété définie de dyspepsie par entéroptose, mais encore d'en avoir ainsi déduit, par les considérations de la cause efficiente, un traitement curatif (1).

Néanmoins, nous croyons qu'avant d'être aussi affirmatif que M. Glénard, il sera bon de s'assurer au préalable de l'état de la sécrétion gastrique, facteur dont on ne saurait négliger la recherche, aujourd'hui si facile, dans la plupart des dyspepsies.

(1) M. FÉRÉOL (*Société méd. des hôp.*, décembre 1888, et *Gazette heb.*, 21 décembre 1888, p. 812, n° 51) déclare *sans nulle vanité* qu'il soignait sans succès, en compagnie de nombreux confrères, une dame âgée de 52 ans. La sauge, les alcalins, les laxatifs quotidiens ont amené une guérison rapide.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de l'entéroptose doit répondre simultanément aux indications suivantes :

1° Combattre le prolapsus viscéral et augmenter la tension abdominale.

La sangle pelvienne répond à cette première indication fondamentale.

2° Lutter contre l'entérosténose fonctionnelle et régulariser les selles.

Les laxatifs quotidiens rempliront ce desiderata.

3° Tonifier les organes digestifs, exciter les sécrétions du tube digestif et des glandes annexes et fortifier l'organisme.

A cet effet, on administrera les alcalins, on prescrira l'hydrothérapie, une cure à Vichy et on instituera un régime convenable.

Nous consacrerons quelques lignes à la sangle pelvienne considérée comme si importante au point de vue du traitement par M. Glénard, en répétant avec M. Féréol, que Dieu seul sait et les bandagistes aussi quel abus on a fait des bandages particulièrement sur l'abdomen féminin.

Sangle pelvienne. — C'est une ceinture hypogastrique, dont le but est double. Serrer bas et serrer beaucoup. Nous ne saurions entrer dans la description minutieuse de cette sangle, que l'on trouvera tout au long, faite par M. Glénard dans son mémoire sur le traitement de l'entéroptose (*Lyon médical*, 26 juin 1887, p. 287).

La sangle est en général bien supportée et M. Glénard affirme que le malade ne songe pas plus à se plaindre de cette servitude qu'un myope ne songerait à se plaindre de ses verres biconcaves.

Elle est indiquée à toutes les phases de la maladie. C'est le premier élément à faire intervenir, c'est le dernier à supprimer, car il combat la cause sinon toutes les conséquences. Dans son enthousiasme, M. Glénard propose même sa sangle comme moyen prophylactique dans la dyspepsie commune, et après l'accouchement.

Il y a longtemps que les cliniciens recommandent l'usage de ceintures hypogastriques, lorsque la paroi abdominal est atonique, et dans ces cas la sangle de M. Glénard, qui n'est guère au fond, si nous en jugeons par sa description, qu'une ceinture de gymnastique peu modifiée, trouvera son indication.

Nous avons vu que la constipation et l'insuffisance des selles sont de règle dans l'entéroptose, même quand les selles ont l'apparence diarrhéique ou lientérique; les laxatifs combattent l'atonie gastro-intestinale, excitent les sécrétions, régularisent les selles et s'opposent aux auto-intoxications.

En outre les amas stercoraux agissent par leur poids pour aggraver l'entéroptose.

M. Glénard indique toute une série de laxatifs et les précautions à prendre pour leur emploi en proclamant que le laxatif est le *seul vrai somnifère pour le dys-peptique*.

Les *alcalins* ne sont pas moins nécessaires, et l'eau de Vichy en est le type le plus recommandable.

Le *régime* est très important et M. Glénard croit avoir par expérience démontré que l'échelle de digestibilité subjective des aliments est la même pour tous les malades atteints d'entéroptose, et cette échelle de digestibilité subjective (nous citons M. Glénard) est assez caractéristique pour constituer un signe diagnostique de la maladie et les divisions de cette échelle assez tranchées pour permettre la distinction des périodes de l'entéroptose.

La viande crue et rôtie, les œufs crus et à la coque sont avec l'eau la base de l'alimentation dans l'entéroptose. Les légumes aggravent la constipation.

Laxatifs quotidiens. — Le traitement de l'entéroptose se compose de quatre éléments fondamentaux, répondant à quatre indications de même importance. Quatre, pas un de plus, mais pas un de moins et l'un d'eux même, les laxatifs quotidiens pourraient peut-être paraître nuisibles s'il était employé à l'exclusion des autres.

L'entéroptosique devra éviter le saumon, l'anguille, etc., sous peine de coliques (sous-hépatiques) de deux heures du matin, de diarrhées cholériformes. Mais le *lait*, les *laitages*, les *crèmes* surtout sont d'une indigestibilité indiscutables.

Ce traitement si compliqué, qu'il nous eût fallu con-

sacrer la plus grande partie de notre thèse à l'exposer, si nous n'avions pas cru préférable de renvoyer pour plus de détails au mémoire de M. Glénard « est de suite décisif, sinon il y a erreur de diagnostic ou complication ».

Nous n'avons pas une expérience suffisante pour apprécier et juger à sa valeur le traitement de l'entéroptose, mais néanmoins nous avons cru devoir le discuter sur quelques points sans croire diminuer la valeur de l'œuvre de M. Glénard, qui aura, croyons-nous, le mérite d'avoir isolé et bien individualisé une variété rare, il est vrai, à notre avis, de dyspepsie gastro-intestinale, d'avoir fait concevoir l'origine, la nature des déplacements du rein et permis ainsi une thérapeutique basée sur l'étude même du processus causal.

CONCLUSIONS

I. — La maladie décrite par M. Glénard sous le nom nouveau d'entéroptose présente un ensemble de signes physiques et fonctionnels que l'on retrouve chez un certain nombre de malades. Les lésions ont été vérifiées à l'autopsie (Legroux, Hayem, Glénard, Danlos).

II. — Nous croyons que M. Glénard, a été trop loin en voulant comprendre dans cette nouvelle entité morbide, la dilatation de l'estomac, la plupart des dyspepsies, la neurasthénie, etc... En outre, sa fréquence paraît être bien inférieure à celle qu'admettait cet auteur.

III. — Il faut en distraire avec soin tout ce qui revient à la dilatation de l'estomac, et aux dyspepsies par excès d'acide chlorhydrique, ainsi qu'aux diverses affections de l'utérus.

IV. — La grossesse et les affections utérines dominent l'étiologie de cette maladie.

V. — L'emploi d'une ceinture hypogastrique est indiqué dans les cas d'entéroptose et l'on arrive souvent par ce moyen à soulager les malades.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- F. Glénard.** — Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse ; détermination d'une espèce. De l'entérop-tose. *Lyon médical*, mars 1885 et Paris, Masson, 1885, 104 pages.
- *De la maladie du rein mobile* (entéronéphroptose). Communication à la Société de méd. de Lyon, 16 mars 1885.
- *Entérop-tose et neurasthénie*. Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris, 15 mai 1886, et *Revue de médecine*, 1887, 10 janvier.
- De l'indication de la néphrectomie dans le traitement du rein mobile. *Lyon médical*, nov. 1885.
- Note sur la sangle pelvienne. *Province médicale*, fév. 1887, p. 125.
- A propos d'un cas de neurasthénie gastrique (entéronéphroptose). *Province médicale*, 16 avril 1887, et Paris, Masson, 1887, 72 pages.
- Féréol.** — Rapport sur l'entérop-tose et neurasthénie de M. F. Glénard. *Société méd. des hôpit.*, 5 janvier 1887, p. 499-509.
- F. Glénard.** — Exposé sommaire du traitement de l'entérop-tose. *Lyon médical*, 19 juin 1887.
- J. Cuilleret.** — *Gazette des hôpitaux*, p. 911, 941, 968, 1888.
- Françon.** — *Th. de Lyon*, 1888.
- Danlos.** — *Société méd. des hôpit. de Paris*, 12 août 1888.
- J. Cuilleret.** — *Gazette des hôpitaux*, 22 sept. 1888, p. 1005.
- Société méd. des hôpitaux de Paris*, 1888. MM. **Féréol, Guyot, Dumontpallier, Siredey.**
- Guéniot.** — Prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme. *Acad. de méd.*, 1878.
- Prolapsus pariéto-viscéral. *Archiv. génér. de méd.*, 1885.
- Legroux.** — *Société méd. des hôpitaux de Paris*, p. 328, 1885.
- Hayem.** — *Société méd. des hôpitaux de Paris*, p. 328, 1885.
- Kaplan.** — *Th. de Paris*, 1889.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,
PROUST.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE